

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Emblir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmisees.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج تحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمعيار القانوني.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمتنوعات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري من المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02-01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي :
رقم الانفراد :
رقم التسجيل :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له* :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* :
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان :
Adresse :

مبلغ المصاريف (درهم) :
Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة :
Nombre de pièces jointes :

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي و الشخصي :
تاريخ الأزيد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe* : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

Identification du medecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي للممارس :
نوع العلاجات
قبول المرض المزمن :
رقم ملف المرض المزمن :
رقم المرض المزمن :
N° INP :
Type de soins
Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐
N° dossier ALD* :
Code ALD :

تم تقديم الملف المغلق :
Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐
تاريخ الاستشفاء :
Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>حزري : Je : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)</p>	<p>أصريح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>حزري : Je : توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins</p>
---	---

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention saine pour chaque case

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كتابيا بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

خويع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Recommandations pour le médecin traitant

QUELQUES CONSEILS A L'USAGE DU MEDECIN TRAITANT POUR REMPLIR LE FORMULAIRE D'EXAMEN ALD

Ce formulaire est à remplir si votre patient (e) est atteint (e) d'une affection de longue durée qui nécessite des soins continus ou particulièrement coûteux. Un seul formulaire est à remplir pour chaque patient.

Ce formulaire est rempli en accord avec votre patient et lui sera remis sous pli confidentiel pour constituer son dossier d'affection de longue durée auprès de la CNOPS.

Ce pli confidentiel doit contenir toutes les pièces justificatives originales.

L'assuré présentera le pli confidentiel à une agence CNOPS ou l'adressera par courrier à l'adresse suivante :

**Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
8-10 rue Al Khalil B.P 209
Rabat**

Comment remplir ce formulaire

L'avis de la CNOPS est rendu en fonction des éléments figurant sur ce formulaire. C'est pourquoi le diagnostic précis de l'affection de longue durée motivant la demande et sa date présumée de début, confirmé par les arguments cliniques détaillés et par les résultats des examens complémentaires nécessaires, doit y figurer ainsi que les actes et prestations médicalement requis par la maladie. Il convient donc de décrire de façon détaillée le projet thérapeutique et le suivi que vous envisagez pour votre patient.

Les affections de longue durée

Votre patient peut bénéficier des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire s'il est reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et/ou une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux donnant droit à exonération en vertu de l'article 9 de la loi n° 65-00 fixée par arrêté du ministre de la santé. ⁽¹⁾

Cette liste est arrêtée en considération de la fréquence de la maladie, de sa gravité, surtout en termes d'incapacité et d'invalidité, de sa chronicité, de la charge de morbidité dont elle est responsable et du coût de sa prise en charge.

Arrêté ministériel n° 2518-05 BO n° 5384 du 05/01/2006

Réf : 110401

8 Rue Al Khalil B.P 209 - Rabat - Tél. : 037.70.57.23 - Fax : 037.73.12.60
Site web : www.cnops.org.ma

Dossier d'examen ALD (à remettre sous pli confidentiel)

Information(s) concernant la maladie

Diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

	ALD	CIM-10	Date de début	Observations
1				
2				
3				

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents

Actes et prestations médicalement requis

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

Suivi biologique prévu (type d'actes)

Recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte de spécialité prévu)

Recours à des professionnels de santé para-médicaux

Durée prévisible	Date de début	Date de fin
Des soins		
De l'arrêt de travail, s'il y a lieu		

Autres observations

Accident de travail: Oui / Non Date d'accident:

Maladie professionnelle: Oui / Non

Autres:

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à: Le:

Cachet et Signature du Médecin traitant:

Un seul dossier est rempli par patient

Réf : 110401

8 Rue Al Khalil B.P 209 - Rabat - Tél. : 037.70.57.23 - Fax : 037.73.12.60
Site web : www.cnops.org.ma